

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

Nota Explicativa 1

(Obs. As notas explicativas são meramente orientativas. Portanto, devem ser excluídas do Termo de Convênio)

Para fins do disposto no art. 71 da Lei Estadual nº 15.608, de 2007, e parágrafo único, do art. 38 da Lei nº 8.666, de 1993, a Secretaria de Estado da Saúde deverá observar que esta minuta padronizada integra a categoria de "INSTRUMENTOS COM OBJETO DEFINIDO", a qual **dispensa a remessa para manifestação jurídica do órgão ou setor competente**, nos termos do art. 5º do Decreto Estadual nº 3.203/2015, e do art. 8º, §§ 4º e 6º, da Resolução nº 41/2016-PGE.

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E [XXXXXXXXXX], VISANDO À ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA PARA FINS TRANSFUSIONAIS.

O ESTADO DO PARANÁ, pessoa jurídica de direito público, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, inscrita no CNPJ/MF nº [XXXXXXXXXX], com sede na [XXXXXXXXXX], na cidade de Curitiba/PR, neste ato representado pelo(a) Ilmo(a). Sr(a) Secretário(a) [XXXXXXXXXX], portador(a) do RG nº [XXXXXXXXXX] e do CPF nº [XXX.XXX.XXX-XX], residente e domiciliado(a) [XXXXXXXXXX], e [XXXXXX (NOME DA ENTIDADE)], inscrito(a) no CNPJ/MF nº [XXXXXXXXXX], com sede na [XXXXXXXXXX], na cidade de [XXXXXXXXXX]/PR, neste ato representado pelo Sr.(a). [XXXXXXXXXX], portador(a) do RG nº [XXXXXXXXXX] e CPF/MF sob o n.º [XXX.XXX.XXX-XX], residente e domiciliado(a) [XXXXXXXXXX], resolvem celebrar este **CONVÊNIO**, visando à assistência hemoterápica transfusional, com o fornecimento de hemocomponentes para fins transfusionais, que reger-se-á pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 199 e demais dispositivos correlatos; art. 116 e seguintes da Lei Federal nº 8.666/1993; Lei Estadual nº 15.608/2007 (art. 4º, inciso XII; art. 5º; art. 133 e seguintes); Normativas técnicas dos procedimentos hemoterápicos e normas gerais da Portaria de Consolidação MS nº 05, de 28 de setembro de 2017, em especial, quanto ao Anexo IV (Origem: Portaria GM/MS nº 158, de 2016) e Portaria GM/MS nº 1.469, de 10 de julho de 2006;

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

Decreto Estadual nº 8.622, de 31 de julho de 2013, Decreto Estadual nº 4.189, de 25 de maio de 2016, bem como Resolução RDC/ANVISA nº 34, de 11 de junho 2014, Resolução SESA nº 053/2021, de 19 de janeiro 2021, e demais cláusulas e condições aduzidas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. Constitui objeto deste convênio a assistência hemoterápica para fins transfusionais em pacientes atendidos pelo Hospital [XXXXXXXXXX].

Nota explicativa 2

(Obs. As notas explicativas são meramente orientativas. Portanto, devem ser excluídas do Termo de Convênio)

A utilização desta minuta de convênio está adstrita aos estabelecimentos de saúde em que a legislação vigente permite a realização de procedimentos transfusionais entre suas atividades.

PARÁGRAFO ÚNICO: A assistência aqui formalizada deve observar o disposto no art. 369 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 5/2017 do Ministério da Saúde (ou da norma que venha a substituí-la), de modo que os serviços de hemoterapia públicos ou privados contratados pelo SUS somente poderão fornecer sangue e hemocomponentes destinados a pacientes e serviços assistenciais privados nas seguintes hipóteses:

- I - quando a rede assistencial do SUS não possuir demanda para a utilização de todos os hemocomponentes produzidos e tiver sido garantida a manutenção no serviço de hemoterapia de um estoque mínimo de segurança;
- II - em situação de emergência, calamidade pública ou outra necessidade imprevisível, devidamente atestada pelo gestor público responsável; ou
- III - quando houver a necessidade de sangue ou hemocomponente raro.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO DAS PEÇAS DOCUMENTAIS

2. Integram este convênio, independentemente de transcrição, o Plano de Trabalho aprovado pelas autoridades competentes, bem como os documentos constantes do Protocolado n.º [XXXXXXXXXX].

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

3. Este convênio terá vigência de XXX (XXXXXXXX) meses, contados da publicação da assinatura do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

Nota explicativa 3

(Obs. As notas explicativas são meramente orientativas. Portanto, devem ser excluídas do Termo de Convênio)

O prazo de vigência será de no máximo de 60 (sessenta) meses, devendo haver a devida justificativa técnica no protocolado abordando o fato de se tratar de serviço de saúde, o caráter contínuo e por que não pode sofrer solução de continuidade.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES

4. Para fins deste Convênio, com base na previsão normativa constante da RDC ANVISA nº 151, de 21 de agosto de 2001, considera-se Agência Transfusional (AT) como serviço intra-hospitalar que armazena estoques de hemocomponentes recebidos do HEMEPAR, responsabilizando-se pela realização das provas de compatibilidade entre a bolsa de hemocomponente e o paciente, chamados de exames pré-transfusionais.

4.1. Das obrigações gerais aos HOSPITAIS e estabelecimentos de saúde:

- a) Garantir o transporte das bolsas de sangue ou hemocomponentes sob cuidados de pessoas treinadas e que não sejam familiares ou amigos dos pacientes.
- b) O procedimento de acondicionamento e transporte deve ser validado e em caixas apropriadas, de acordo com as condições sanitárias, conforme orientações do HEMEPAR.
- c) Manutenção de estrito controle do destino das bolsas de hemocomponentes recebidas, com registros atualizados conforme legislação vigente: livros, mapas, relatórios, podendo ser informatizados ou não, permitindo a total rastreabilidade da transfusão a qualquer momento, devendo haver distinção nesses registros dos pacientes usuários do SUS e dos pacientes não usuários do SUS.
- d) Observância das normas técnicas na instalação da bolsa no paciente/receptor por pessoal habilitado, com o registro em prontuário do responsável pelo procedimento, dos sinais vitais (antes, durante e após transfusão do paciente) e identificação da bolsa de hemocomponente (número do SUS), mantendo segunda via da RT no próprio prontuário.

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

- e) Assistência ao paciente/receptor que sofra um incidente/complicação/reação transfusional, assim como a realização da sua investigação e notificação ao HEMEPAR, devendo o Hospital e a Unidade do HEMEPAR, em conjunto, proceder a identificação da causa, conforme a legislação vigente, conservando todos os laudos de investigação no prontuário do paciente.
- f) Observância da legislação pertinente à retrovigilância nos casos de necessidade de investigação de possível soroconversão do doador e ou receptor de sangue, com o compromisso de localizar o receptor e coletar as amostras de sangue que devem ser encaminhadas ao Serviço Hemoterápico.
- g) Alimentação completa e adequada do Sistema de Controle Hemoterápico (Novo SHT) conforme orientações da Vigilância Sanitária/SESA.
- h) Informação ao Sistema Nacional de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA) de incidentes transfusionais, quase erro, eventos adversos e queixas técnicas relacionado ao uso de produtos e serviços hemoterápicos.
- i) Atuação permanente para a reposição do estoque mediante a adoção de práticas de recrutamento de doadores que observem o consentimento livre, esclarecido, consciente e desinteressado dos mesmos, e que deverão ser encaminhados para coleta aos serviços de hemoterapia da Hemorrede do Estado do Paraná.
- j) Atendimento à Resolução SESA nº 053/2021, de 19 de janeiro 2021, que instituiu o Manual do Cliente do HEMEPAR, definindo as atribuições técnicas e administrativas das partes.

4.2. Responsabilidades específicas do HOSPITAL ou ESTABELECIMENTO DE SAÚDE que POSSUI Agência Transfusional.

- a) Solicitação de estoque de bolsas de hemocomponentes ao HEMEPAR por meio de Formulário Padrão completamente preenchido, de forma legível, constando a assinatura e carimbo com a inscrição junto ao CRM do médico responsável pela Agência Transfusional.
- b) Realização dos testes pré-transfusionais, de acordo com orientações do HEMEPAR/SESA e as normas técnicas instituídas.
- c) Aquisição dos insumos destinados a realização dos testes pré-transfusionais e a instalação do ato transfusional.

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

d) Manutenção das condições ideais dos equipamentos e procedimentos de armazenamento dos estoques das bolsas de hemocomponentes e adequado registro de temperaturas conforme legislação vigente.

4.3. Responsabilidades específicas do HOSPITAL ou ESTABELECIMENTO DE SAÚDE que NÃO possui Agência Transfusional:

- a) Solicitação de bolsas de hemocomponentes no formulário padrão – Requisição de Transfusão (RT), preenchido de forma legível e completa, com todos os dados do paciente/receptor, incluindo o vínculo do paciente (se paciente SUS, Privado ou Conveniado), devidamente assinado e carimbado pelo médico solicitante.
- b) Envio da amostra de sangue do paciente/receptor perfeitamente identificada e adequadamente coletada, juntamente com a Requisição de Transfusão (RT) acima citada, para a realização das provas pré-transfusionais.
- c) Encaminhamento da amostra de sangue do paciente e da RT com antecedência de 24 horas, para a solicitação dos hemocomponentes nas situações que decorram de cirurgia eletiva de grande porte.
- d) Acondicionamento temporário dos hemocomponentes no hospital em condições apropriadas, com verificação e registro de temperatura, em conformidade com as normas técnicas.

4.4. Responsabilidades do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná - HEMEPAR:

- a) Fornecimento de formulários Requisição de Transfusão (RT) e demais documentos utilizados na realização do serviço de forma direta ou indireta.
- b) Fornecimento de hemocomponentes liberados de acordo com as normas vigentes e a disponibilidade de estoques de rede HEMEPAR.
- c) Fornecimento de serviços hemoterápicos que incidem nas bolsas de hemocomponentes, tais como fenotipagem, filtração, irradiação etc.
- d) Especificamente nas condições elencadas no item 4.3 (hospitais/estabelecimentos de saúde que não possuem Agência Transfusional), é de responsabilidade do HEMEPAR o abastecimento de tubos e etiquetas para a coleta de amostras de sangue e realização dos testes pré-transfusionais: classificação ABO do receptor por prova direta e reversa

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

- e classificação Rh por prova direta; testes de compatibilidade pré-transfusionais; pesquisa e identificação de anticorpos irregulares do receptor; classificação ABO e Rh do doador por prova direta.
- f) Assessoria e orientações às questões da hemoterapia.
- g) Solução para as dificuldades transfusionais em caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva e outros achados laboratoriais, dentro das possibilidades técnicas.
- h) Investigação de complicação/reação transfusional em conjunto com o hospital ou estabelecimento de saúde.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: É facultado ao HEMEPAR a rejeição das amostras dos pacientes para os testes pré-transfusionais que não estejam devidamente identificadas e/ou estejam acondicionadas fora dos padrões técnicos e Requisições de Transfusão incompletas.

PARÁGRAFO SEGUNDO: É facultado ao HEMEPAR a devolução de Requisições de Transfusão - RT com solicitação divergente do Manual de Orientação Hemoterápico - MAOHE elaborado pelo HEMEPAR e Guia de uso racional de hemocomponentes elaborado pela Coordenação Geral do sangue e Hemoderivados – CGSH/MS (ambos disponíveis no site da SESA).

CLÁUSULA QUINTA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONVÊNIO

5.1. Fica Indicado o(a) servidor(a) **XXXXXX (NOME DO SERVIDOR)**(A), portador(a) da Cédula de Identidade/RG nº **XXXXXX** e do CPF nº **XXXXXX**, lotado(a) na **XX**, como fiscal do Convênio, para acompanhar e fiscalizar a execução deste convênio.

5.2. Compete ao Fiscal do Convênio:

- a) Cuidar para que a documentação do Convênio esteja em conformidade com a legislação aplicada desde a sua proposta até aprovação da Prestação de Contas.
- b) Acompanhar a execução do Convênio responsabilizando-se pela sua eficácia, por meio de relatórios, inspeções, visitas e atestação da satisfatória realização do objeto do Convênio.

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

- c) Atuar como interlocutor do órgão responsável pela celebração do Convênio.
- d) Zelar pelo cumprimento integral do Convênio.

5.3. Fica indicado como Gestor do Convênio o(a) servidor(a) **XXXXXX (NOME DO SERVIDOR(A))**, portador(a) da Cédula de Identidade/RG nº **XXXXXX** e do CPF nº **XXXXXX**, lotado(a) na **XX**.

5.4. Compete ao Gestor do Convênio:

- a) Autorizar a indicação e substituição de fiscal de convênios, por meio de ato emitido pela autoridade competente.
- b) Zelar para que não haja alteração no objeto do ajuste, atentando-se para o cumprimento dos prazos convenientes e fazendo o gerenciamento necessário dos processos de modo eficiente, evitando prejuízos ao erário.
- c) Acompanhar a execução, promovendo todas medidas necessárias à fiel execução das condições estabelecidas no convênio, gerenciar, decidir sobre eventuais e possíveis alterações inicialmente estabelecidas, inclusive sobre a celebração de seus termos aditivos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A fiscalização exercida pela SESA/HEMEPAR não exime o Hospital da sua responsabilidade perante a SESA/HEMEPAR, os pacientes atendidos ou terceiros, decorrente de suas obrigações na execução deste convênio.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Não obstante as vistorias exercidas para o cumprimento deste ajuste, os setores da Vigilância Sanitária de diferentes esferas governamentais, a qualquer tempo e período, exercerão atividades de fiscalização visando o cumprimento dos regulamentos técnicos hemoterápicos e demais requisitos sanitários.

CLÁUSULA SEXTA – DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS

6. O presente Convênio não envolve transferência de recursos financeiros que importe em acréscimo patrimonial para qualquer dos partícipes, havendo mero ressarcimento das despesas efetivadas, de modo a manter as condições materiais previamente

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

existentes, permitindo a recomposição patrimonial de quem incorreu nas despesas e evitando o enriquecimento sem causa de quem utilizou os hemocomponentes.

6.1 Para pacientes não SUS

Nas transfusões de hemocomponentes para pacientes não usuários do SUS, o ressarcimento dos custos atinentes ao valor da bolsa e demais procedimentos que incidam no custo, se dará nos termos estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de novembro de 2017, Anexo IV, Título III, de acordo com os valores da tabela constantes na Portaria GM/MS nº 1.469, de 10 de julho de 2006, observadas as condições do disposto na Resolução SESA nº 0053/2021, ou outras que venham a substituí-las.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Esses valores poderão ser atualizados pelos índices oficiais da área da saúde e/ou pelos índices dos custos operacionais.

PARÁGRAFO SEGUNDO: As formas de ressarcimento das transfusões desses pacientes se darão de acordo com a gestão financeira do SUS em seu município, conforme segue:

a) HOSPITAIS e Estabelecimentos de Saúde credenciados ao SUS sob a gestão financeira estadual do teto de procedimentos de média e alta complexidade - MAC:

O ressarcimento dar-se-á mediante a dedução dos valores devidos pelo HOSPITAL, referentes à utilização de hemocomponentes e serviços de hemoterapia, dos valores de crédito que o HOSPITAL tem a receber por serviços prestados à SESA/SUS.

Assim, o ressarcimento será efetivado mediante encontro de contas, deduzindo dos créditos da fatura SIH/SUS do HOSPITAL, os custos operacionais decorrentes da utilização de hemocomponentes do HEMEPAR para pacientes não usuários do SUS.

b) HOSPITAIS e Estabelecimentos de Saúde credenciados ao SUS, localizados em municípios que detém a gestão financeira do teto MAC:

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

O ressarcimento dar-se-á por meio da emissão pela SESA/HEMEPAR de boleto bancário diretamente ao HOSPITAL, para pagamento dos débitos do mês pela utilização de hemocomponentes e/ou serviços de hemoterapia em pacientes não usuários do SUS.

c) HOSPITAIS e Estabelecimentos de Saúde privados, com fins lucrativos, não credenciados ao SUS: O ressarcimento dar-se-á por meio da emissão pela SESA/HEMEPAR de boleto bancário diretamente ao HOSPITAL, para pagamento dos débitos do mês.

PARÁGRAFO TERCEIRO: É facultado ao hospital que conta com Agência Transfusional - AT, cobrar a realização de Exames Pré - Transfusionais I e II, nos termos da legislação vigente.

PARÁGRAFO QUARTO: É obrigatório o envio da planilha de registro de transfusões hospitalares, constante no Manual do Cliente Hemepar, conforme Resolução SESA nº 0053/2021, ou outro documento que venham a substituí-lo, adequadamente preenchido para a unidade do HEMEPAR, mensalmente, até dia 10 de cada mês, apresentando os dados das transfusões, objetivando a confrontação dos custos a serem cobrados.

PARÁGRAFO QUINTO: O ressarcimento dos custos deverá ocorrer até a data limite de vencimento à conta do Fundo Estadual de Saúde, em conformidade com as instruções contidas no Boleto Bancário.

PARÁGRAFO SEXTO: Serviços hemoterápicos especiais executados na bolsa de hemocomponente – ou quando coletadas por aférese – também deverão ser ressarcidos. Nesta categoria enquadra-se a deleucotização, fenotipagem, alicotagem, irradiação, e demais procedimentos, observadas as condições dispostas na legislação citada.

PARÁGRAFO SÉTIMO: As provas pré-transfusionais realizadas pelo HEMEPAR entre a amostra de pacientes não Usuários do SUS e as bolsas de hemocomponentes, mesmo quando não houver necessidade de transfusão e forem devolvidas, também deverão ser ressarcidas.

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

PARÁGRAFO OITAVO: Bolsas de hemocomponentes não utilizadas e que forem devolvidas à unidade do HEMEPAR após os prazos máximos estipulados pelo Manual do Cliente também serão cobradas.

PARÁGRAFO NONO: Caso não ocorra o encaminhamento dos documentos mencionados no PARÁGRAFO QUARTO, o HEMEPAR deverá adotar providências para imediata auditoria e fiscalização no serviço de saúde inadimplente, adotando as medidas de cobrança cabíveis, inclusive na esfera judicial.

6.3. Para pacientes SUS:

O HOSPITAL e demais serviços de saúde que contam com Agência Transfusional faturarão os Exames Pré-Transfusionais I e II, assim como cobrarão o módulo transfusional para as transfusões hospitalares realizadas. Ambos os módulos de cobrança (pré-transfusional e transfusional) serão notificados na Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) do paciente transfundido no Sistema de Internamento Hospitalar do SUS (SIH-SUS).

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Para paciente SUS, os módulos Exames Pré-Transfusionais I e II, bem como o Módulo Transfusional, serão faturados pelo hospital na AIH do paciente, conforme Tabela Sigtap DATASUS.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para os estabelecimentos que não contam com Agência Transfusional, a SESA/HEMEPAR faturará para o Fundo Estadual de Saúde/FUNSAÚDE os códigos dos Exames Pré-Transfusionais I e II da tabela de procedimentos SIA-SUS quando os mesmos são realizados por uma das Unidades do HEMEPAR (Hemocentros, Hemonúcleos e Unidades de Coleta e Transusão).

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES

7 Este convênio poderá ser alterado por termo aditivo, vedada a modificação da natureza do seu objeto.

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

7.1 Qualquer alteração deverá ser precedida de parecer técnico elaborado por servidor que possua habilitação para se manifestar sobre a questão.

CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA E RESCISÃO

8 Este convênio poderá ser:

8.1 denunciado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença;

8.2 rescindido, independente de prévia notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:

- a) inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas;
- b) constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção em qualquer documento apresentado;
- c) não fornecimento de informações sobre o destino das bolsas de hemocomponentes, bem como o fornecimento de informações incorretas ou incompletas;
- d) extinção do vínculo da entidade privada sem fins lucrativos com o SUS.

PARÁGRAFO ÚNICO: Em qualquer dos casos acima deverá ser lavrado “Termo de Rescisão ou Encerramento”, com as devidas justificativas administrativas.

CLÁUSULA NONA – DA PUBLICIDADE

9. A eficácia deste convênio ou dos aditamentos fica condicionada à publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Estado, a qual deverá ser providenciada pela SESA, na forma do art. 110 da Lei Estadual n.º 15.608/2007.

9.1 A SESA e o Conveniente deverão disponibilizar, por meio da internet ou, na sua falta, em sua sede, em local de fácil visibilidade, consulta ao extrato deste convênio, contendo, pelo menos, o objeto e a finalidade, ou inserir “link” em sua página eletrônica oficial que possibilite acesso direto ao portal de convênios.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10. Fica estabelecido o Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba para dirimir as controvérsias decorrentes da execução deste convênio, com renúncia

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA

expressa a outros, por mais privilegiados que sejam, sendo obrigatória a prévia tentativa de solução administrativa.

E, por assim estarem devidamente justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento, em [XX] (XXXXXX) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, [XX] de [XXXXXXXXXX] de 20[XX].

[XXXXXXXXXX]

Secretário da SESA/PR

[XXXXXXXXXX]

Representante Legal

Nome Completo: [XXXXXXXXXX]

CPF: [XXX.XXX.XXX-XX]

Testemunha

Nome Completo: [XXXXXXXXXX]

CPF: [XXX.XXX.XXX-XX]

Testemunha

CONVÊNIO N.º **XXXX/XXXX - MINUTA**



ESTADO DO PARANÁ
(ÓRGÃO/ENTIDADE ESTADUAL)
(SETOR)

Protocolo n.º XXXXX – Convênio n.º XXXX/XXXX (página 14 de 15)

**LISTA DE VERIFICAÇÃO
CONVÊNIO VISANDO À ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA PARA FINS
TRANSFUSIONAIS**

Nota Explicativa 1

(Obs. As notas explicativas são meramente orientativas. Portanto, devem ser excluídas do Termo de Convênio)

Esta lista de verificação e a minuta de convênio aprovada em conjunto englobam os convênios com o objeto acima transcrito apenas quando formalizados com entidades públicas, entidades privadas sem fins lucrativos integrantes do SUS e entidades privadas com fins lucrativos.

Nos itens que não se aplicarem à pessoa jurídica com a qual se está conveniando, deve-se apenas anotar “não se aplica” no espaço dedicado às fls.

Protocolo n.º

Convênio n.º

REQUISITOS GERAIS		
1.	Ofício solicitando a formalização de convênio para utilização de Hemocomponentes	Fls. _____
2.	Ato constitutivo: Lei de Criação, Estatuto ou Contrato social em vigor, devidamente registrado	Fls. _____
3.	Comprovação de que a pessoa que assinará o convênio detém competência para este fim específico (ata de eleição, contrato social etc)	Fls. _____
4.	Documento de identidade do responsável pela assinatura do Convênio	Fls. _____
5.	Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica	Fls. _____
6.	Cópia da Carteira Profissional do responsável Técnico pelo Estabelecimento com registro no Conselho de Classe	Fls. _____
7.	Ficha completa de Identificação de Inscrição de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Fls. _____
8.	Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).	Fls. _____
9.	Alvará de Licença e Funcionamento definitivo e atualizado.	Fls. _____
10.	Licença Sanitária definitiva e atualizada	Fls. _____
11.	Certificado de Registro Cadastral Completo junto ao Sistema de Gestão de Materiais e Serviços – GMS	Fls. _____

CONVÊNIO N.º XXXX/XXXX - MINUTA



ESTADO DO PARANÁ
(ÓRGÃO/ENTIDADE ESTADUAL)
(SETOR)

Protocolo nº XXXXX – Convênio nº XXXX/XXXX (página 15 de 15)

12.	Plano de Trabalho detalhado, atendendo aos termos do art. 134 da Lei Estadual nº 15.608/2007 e previamente aprovado pela autoridade competente	Fls. _____
13.	Parecer da área técnica a respeito do Convênio	Fls. _____
14.	<i>Justificativa técnica para o prazo de vigência</i>	Fls. _____
15.	Ato de designação do gestor e fiscal do convênio	Fls. _____
16.	Adoção da minuta de convênio previamente aprovada pela Procuradoria-Geral do Estado	Fls. _____
17.	Autorização do Secretário de Estado da Saúde, nos termos do art. 1º, § 7º, do Decreto Estadual 4.189/2016	Fls. _____

_____, ____ de _____ de _____.
(local)

_____, ____ de _____ de _____.
(local)

[Nome e assinatura do servidor responsável pelo
preenchimento]

[Nome e assinatura do chefe do setor
competente]

D o c u m e n t o :
03017.266.2722AprovoPARECER01.2022PAD.DEMIN.CONV.EDELISTADEVERIF.ASSIST.HEMOT.PARAFINSTRANSFUSIONAISDESP130.pdf.

Assinatura Qualificada realizada por: **Leticia Ferreira da Silva** em 11/02/2022 16:42.

Inserido ao protocolo **17.266.272-2** por: **Viviane Maria de Lara da Silva** em: 11/02/2022 16:22.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura> com o código:
da801ee4803beabef299f97e8dba41a1.